



DT9429

CONSULTATION EN NEUROCHIRURGIE ADULTE

Attention :

- 1- Pour les priorités A et B (voir verso), communiquer directement avec le neurochirurgien de garde.
- 2- Aviser l'usager d'apporter une copie CD-ROM des imageries pour le rendez-vous avec le spécialiste.

Nom et prénom de l'usager			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Raison de consultation		Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois				
Rachis cervico-dorsal	<input type="checkbox"/> Myélopathie compressive avec symptômes > 8 semaines (Prérequis : rapport d'IRM < 3 mois et autres rapports d'investigation)	C	Tumeur	<input type="checkbox"/> Tumeurs extracérébrales : méningiome, neurinome, schwannome, tumeur hypophysaire, base ou voûte du crâne (Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)	D	
	Radiculopathie douloureuse ou sensitivo-motrice (Prérequis : rapport d'IRM < 3 mois et autres rapports d'investigation)	<input type="checkbox"/> Avec symptômes sévères et limitation fonctionnelle (AVD/AVQ) > 8 semaines	D	Vasculaire	<input type="checkbox"/> Anévrisme cérébral, malformation artério-veineuse fistuleurale, angiome caverneux (sans hémorragie) (Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)	D
		<input type="checkbox"/> Avec symptômes modérés chroniques > 8 semaines	E		<input type="checkbox"/> Sténose carotidienne asymptomatique (≥ 70 %) (Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation)	D
	<input type="checkbox"/> Cervicalgie/dorsalgie avec instabilité anatomique, démontrée à l'imagerie, sans atteinte médullaire ou radiculaire (Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation)	D	Fonctionnel	<input type="checkbox"/> Névralgie cranio-faciale (ex. : trijumeau) réfractaire au traitement médical (Prérequis : rapport d'IRM et autres rapports d'investigation)	D	
		<input type="checkbox"/> Neuromodulation pour syndrome douloureux chronique ou pour spasticité (Prérequis : rapports d'investigation)		E		
Rachis lombo sacré	Radiculopathie douloureuse ou sensitivo-motrice ou claudication neurogénique (Prérequis : rapport d'IRM < 3 mois et autres rapports d'investigation)	<input type="checkbox"/> Avec symptômes sévères et limitation fonctionnelle (AVD/AVQ) > 8 semaines	D	Crâniens divers	<input type="checkbox"/> Hydrocéphalie chronique ou à pression normale (Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation)	D
		<input type="checkbox"/> Avec symptômes modérés chroniques > 8 semaines	E		<input type="checkbox"/> Kyste intracrânien (ex. : arachnoïdien, glande pinéale) (Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)	E
	<input type="checkbox"/> Lombalgie isolée sans atteinte radiculaire avec anomalie structurelle (scoliose, spondylolyse, spondylolisthésis) (Prérequis : rapport d'IRM < 3 mois et autres rapports d'investigation)		E	Nerfs périphériques	<input type="checkbox"/> Lésion osseuse crânienne d'aspect bénin (ex. : kyste, malformation osseuse) (Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)	E
					<input type="checkbox"/> Neuropathie compressive (ex. : tunnel carpien ou canal cubital) (Prérequis : EMG < 1 an et autres rapports d'investigation)	<input type="checkbox"/> Avec atteinte motrice <input type="checkbox"/> Sans atteinte motrice
			<input type="checkbox"/> Tumeur d'un nerf périphérique (Prérequis : IRM ou échographie < 3 mois)	D		
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :					Priorité clinique	
Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires				Si prérequis exigé(s) :		
				<input type="checkbox"/> Disponible(s) dans DSG		
				<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande		
Besoins spéciaux :						
Identification du médecin référent et du point de service				Estampe		
Nom du médecin référent			N° de permis			
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur		
Nom du point de service						
Signature			Date (année, mois, jour)			
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille				Référence nominative (si requis)		
Nom du médecin de famille				Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier		
Nom du point de service						

Légende

¹ Lien web pour liste des Guichets d'entrée régionaux pour les traumatismes crâniens cérébraux (TCC) légers : <http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Liste-contacts-reference-TCCL-decembre-2016.pdf>

Alertes cliniques et raisons de consultation de priorité A ou B (liste non exhaustive)

Communiquer avec le neurochirurgien de garde

- Hémorragie intracrânienne
- Syndrome d'hypertension intracrânienne avec ou sans altération de l'état de conscience
- Apparition soudaine ou rapidement progressive d'un déficit neurologique (localisation cérébrale, médullaire ou queue de cheval ou radiculopathie aiguë avec déficit moteur significatif)
- Myélopathie aiguë ou subaiguë (compression médullaire) avec évolution rapide des symptômes
- Sténose carotidienne symptomatique
- Traumatisme cranio-cérébral (TCC)¹ ou spino-médullaire aigu modéré et sévère
- Fracture du crâne ou du rachis
- Tumeurs cérébrales intraparenchymateuses : métastases, gliomes ou autres
- Tumeurs du rachis intra-durales ou extra-durales (primaires ou métastatiques)